

UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE
HÄUFIGKEIT VON DEFORMITÄTEN DER ÄUSSEREN NASE

von

MARIA GNÄNDIGER

1965

UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE
HÄUFIGKEIT VON DEFORMITÄTEN DER ÄUSSEREN NASE

Inaugural-Dissertation

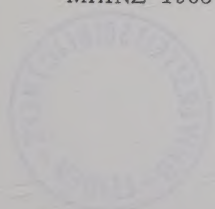
zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde
der Hohen Medizinischen Fakultät der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

MARIA GNÄNDIGER

aus Zawiercie/Polen

MAINZ 1965



Dekan: Professor Dr.med. K. Thomsen

Referent: Privatdozent Dr.med. E. Haas,
Chefarzt der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung
des Alten St. Vincentiuskrankenhauses in
Karlsruhe

Korreferent: Professor Dr.med. H. Leicher

Tag der mündlichen Prüfung: 2. Februar 1965

Gesamtherstellung: Ditters Bürodienst Mainz



INHALT

Seite

1. Die Aufgaben der ersten Phase 1	1
2. Die Aufgaben der zweiten Phase 2	2
3. Die Aufgaben der dritten Phase 3	3
4. Die Aufgaben der vierten Phase 4	4
5. Die Aufgaben der fünften Phase 5	5
6. Die Aufgaben der sechsten Phase 6	6
7. Die Aufgaben der siebten Phase 7	7
8. Die Aufgaben der achten Phase 8	8
9. Die Aufgaben der neunten Phase 9	9
10. Die Aufgaben der zehnten Phase 10	10
11. Die Aufgaben der elften Phase 11	11
12. Die Aufgaben der zwölften Phase 12	12
13. Die Aufgaben der dreizehnten Phase 13	13
14. Die Aufgaben der vierzehnten Phase 14	14
15. Die Aufgaben der fünfzehnten Phase 15	15
16. Die Aufgaben der sechzehnten Phase 16	16
17. Die Aufgaben der siebenzehnten Phase 17	17
18. Die Aufgaben der achtzehnten Phase 18	18
19. Die Aufgaben der neunzehnten Phase 19	19
20. Die Aufgaben der zwanzigsten Phase 20	20
21. Die Aufgaben der einundzwanzigsten Phase 21	21
22. Die Aufgaben der zweiundzwanzigsten Phase 22	22
23. Die Aufgaben der dreiundzwanzigsten Phase 23	23
24. Die Aufgaben der vierundzwanzigsten Phase 24	24
25. Die Aufgaben der fünfundzwanzigsten Phase 25	25
26. Die Aufgaben der sechsundzwanzigsten Phase 26	26
27. Die Aufgaben der siebenundzwanzigsten Phase 27	27
28. Die Aufgaben der achtundzwanzigsten Phase 28	28
29. Die Aufgaben der neunundzwanzigsten Phase 29	29
30. Die Aufgaben der dreißigsten Phase 30	30

MEINER GELIEBTEN MUTTER

INHALT

Seite

Einleitung	1
I. Die Anatomie der äußeren Nase	1
II. Die ästhetische und physiognomische Bedeutung der Nase	2
III. Die Klassifikation der äußeren Nasendeformitäten	6
1. Deformitäten des Nasenrückens	7
2. Deformitäten der Nasenspitze	8
3. Deformitäten der Nasenflügel	9
4. Deformitäten des Nasenseptums	9
IV. Untersuchungen über die Häufigkeit der äußeren Nasendeformitäten	10
V. Schlußbetrachtung	13
VI. Zusammenfassung	14
Schrifttum	15

Tabelle über die Häufigkeit der Nasendeformitäten bei
männlichen Personen nach S. 12

Graphische Darstellung über die Häufigkeit der äußeren Nasen-
deformitäten bei männlichen Personen nach S. 12

Tabelle über die Häufigkeit der Nasendeformitäten bei
weiblichen Personen nach S. 12

Graphische Darstellung über die Häufigkeit der äußeren Nasen-
deformitäten bei weiblichen Personen nach S. 12

Graphische Darstellung über die Häufigkeit der äußeren Nasen-
deformitäten bei 1.003 Personen beider Geschlechtsgruppen .. nach S. 12

EINLEITUNG

Obwohl die Form- und Stellungsanomalien der menschlichen Nase als eines wichtigen Teiles des Gesichtes schon seit Jahrhunderten ein interessantes Untersuchungsobjekt darstellten, begann die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Themas erst dann, als eine gesonderte medizinische Wissenschaft "Rhino-logie" im vergangenen Jahrhundert entstand.

Trotz der verhältnismäßig kurzen Zeitperiode der wissenschaftlichen Rhino-logie wurden über das Problem "Nase" sehr viele Arbeiten veröffentlicht, bei denen die menschliche Nase unter verschiedenen Aspekten betrachtet wurde.

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit war es, die Form- und Stellungsanoma-lien der äußeren Nase bei einer größeren Anzahl von Personen im Alter von 18 bis unter 45 Jahren zu erfassen und die Frage zu prüfen, ob die Probanden selbst sich irgendwelcher eventuell existierender Anomalien bewußt waren und eine chirurgische Korrektur wünschten oder dem Problem keine Aufmerk-samkeit schenkten.

Zunächst werde ich die Nase unter anatomischen, ästhetischen und physio-gnomischen Gesichtspunkten auf Grund der mir zur Verfügung stehenden Lite-ratur betrachten. Als Leitschnur für die Klassifikation der äußeren Nasende-formitäten dienten mir die Arbeiten von Josph, Serçer u. a.

I. Die Anatomie der äußeren Nase

Die äußere Nase besteht aus einem knöchernen und einem knorpeligen Teil. Sie ist mit Haut bekleidet, die sich an den Nasenlöchern nach innen bis an die Schleimhaut fortsetzt. Die Nasenlöcher, die entwicklungsgeschichtlich beim Menschen eine starke Reduktion erfahren haben, zeigen innerhalb der einzelnen Rassen eine individuelle Schwankung ihrer Größe. Sowohl die Form der Knochen und Knorpel als auch ihre Stellung zueinander sind bestimmend für das Aussehen der Nase und typisch für Rasse, Geschlecht und Alter.

Die allgemeine Größenausdehnung der Nase steht im Zusammenhang mit dem Bau bzw. den Dimensionen des ganzen Gesichtsskelettes.

Das knöcherne Gerüst der äußeren Nase wird hauptsächlich aus den paarigen Stirnfortsätzen der Oberkieferknochen - Processus frontales maxillae -, den

Nasenfortsätzen des Stirnbeines - Processus nasales ossis frontalis - und den beiden Nasenbeinen - Ossa nasalia - gebildet. Die Nasenbeine sind zwei rechteckige Knochenstücke, welche dachförmig den oberen Teil der Nasenhöhle überdecken und zwischen der Spina frontalis und den beiden Processus frontales der Oberkiefer eingekeilt sind.

Diese genannten knöchernen Teile sind untereinander und mit dem Stirnbein durch Knochennähte verbunden, die sehr fest sind.

Der knorpelige Teil der Nase setzt sich aus den Cartilagine laterales oder triangulares und den Cartilagine alares zusammen.

Die vordere Öffnung des knöchernen Nasengerüsts heißt Apertura piriformis und wird von den Nasenbeinen und dem Oberkieferknochen gebildet. Mit ihrer Form hängt weitgehend die der äußeren Nase zusammen. Der ein Gebilde des Zwischenkiefers darstellende Nasenstachel - Spina nasalis anterior - zeigt große Variationen. Bei den Europäern ist er meistens vorstehend, während er bei der mongolischen Rasse und bei den Negern kurz ist.

Alle Muskeln der äußeren Nase gehören in die Gruppe der mimischen Muskulatur und werden vom Facialis innerviert. Die äußere Nase ist reich vaskularisiert. An ihr anastomosieren die Versorgungsgebiete der A. carotis externa und der A. carotis interna (1) (Rauber-Kopsch).

Die äußere Nase bildet den Vorhof der Nasenhöhlen. Man vergleicht sie mit einer dreiseitigen Pyramide, die mit einer Fläche in der Mitte des Gesichtes "angeheftet ist" (2 (Serčer). Die Ansatzfläche der Nase am Gesicht nennen wir Basis nasi. Als Nasenwurzel - Radix nasi - bezeichnen wir die Stelle, an der die Nase an die Stirn grenzt. Die prominenteste Kante der Nasenpyramide nennen wir Nasenrücken oder Dorsum nasi.

II. Die ästhetische und physiognomische Bedeutung der Nase

Unter Physiognomie verstehen wir die in der äußeren Form sich ausprägende Gestaltung des menschlichen Körpers, im besonderen den Gesichtsausdruck.

Die Form der Nase ist als Ausdrucksfaktor im Bereich des Gesichtes von überragender Bedeutung. Sie ist als vorspringender Körperteil ein wesentliches Kennzeichen des Gesichtes und damit auch ein wichtiges Merkmal des ganzen Menschen.

Wir verbinden mit der Nasenform Vorstellungen von familiären, rassischen und auch charakterlichen Eigentümlichkeiten. Bei der Beurteilung der Schönheit einer Nase muß man ihre Größe, ihre Form und ihre Lage in Betracht ziehen, ebenso ihr Verhältnis zum ganzen Gesicht. Die charakteristische Nasenform des Erwachsenen bildet sich erst während des Kindes- und Jugendalters aus. Durch das intensive Wachstum des Gesichtsskelettes, besonders in seiner Höhenausdehnung, und durch die Ausbildung der Stirnhöhlen muß auch die äußere Nase ihre Form und ihre Dimension verändern.

"Die Kindheitsform der europäischen Nase zeichnet sich durch große Breite und geringe Höhe aus." (3) (Martin-Saller). Der Prozeß der Umgestaltung dauert ungefähr bis zum 25. Lebensjahr. Am stärksten ist die Veränderung der Nasenform in den ersten neun Lebensjahren, d.h. in der Zeit, in der die Kiefer auswachsen. Auch im Greisenalter vollzieht sich noch ein gewisses Wachstum der Nase, vor allem in ihrem fleischigen Teil, verbunden mit einer Senkung der Nasenspitze.

Bildende Künstler haben auf Grund von Messungen an Menschen Systeme aufgestellt, die das harmonische Verhältnis der einzelnen Teile einer Normal- oder Idealgestalt zum Ausdruck bringen sollen. Die Resultate der Forschungen wurden zusammengefaßt und erhielten den Namen Kanon. Der älteste Kanon ist der ägyptische. Später hat sich vor allem Leonardo da Vinci in seinen Werken mit den Proportionen des Menschen befaßt. Von ihm wurde die Einteilung des Gesichtes in drei gleiche Teile vorgenommen. Der erste Teil reicht von unterhalb des Kinnes bis unterhalb der Nase, d.h. bis zum unteren Rand des Nasenseptums. Der zweite Teil erstreckt sich bis in die Höhe des Augenbrauenansatzes, und der dritte Teil geht schließlich bis zur Haargrenze. Damit sind Länge und Lage der Nase bestimmt. Leonardo da Vinci befaßte sich auch mit den Proportionen des Kopfes und der Nase bei der Betrachtung von vorne. Nach seiner Feststellung befindet sich die größte Gesichtsbreite in Höhe der Augen. Sie entspricht zwei Drittel der Kopfhöhe.

Da der Gesichtsausdruck eines Menschen vorwiegend durch die Nase bestimmt wird, versuchte man auf Grund der Nasenform Rückschlüsse auf das geistige Leben ihres Besitzers zu ziehen. So entstand eine pseudowissenschaftliche Lehre über die Symbolik der Nase. Man glaubte, daß edle Menschen - im Gegensatz zu schlechten Menschen - eine schöne Nase besitzen.

Physiognomische Studien haben schon im Altertum praktische Bedeutung gehabt. In der damaligen Literatur finden wir viele Andeutungen darüber. So hatte Sokrates die Sattelnase als ein Zeichen der Brutalität und der Neigung zur Trunksucht gedeutet.

Besonders in der Zeit der Renaissance war die Physiognomik ein beliebtes Studienobjekt. Es ist also nicht verwunderlich, daß sich im Laufe von Jahrhunderten feste und bestimmte Meinungen über die Deutung gewisser Formen des menschlichen Gesichtes, vor allem der Nase, herausgebildet haben. Die Adlernase soll beispielsweise Ausdruck von Kraft, Mut und Energie sein. Eine lange und spitze Nase wird scharfsinnigen Menschen zugeschrieben. Die schiefe Nase soll unverschämte und ungezogene Menschen darstellen. Kurze und kleine Nasen werden Schwachsinnigen zugeschrieben. Sattelnasen sind ein Zeichen der Frechheit und platte Nasen ein Zeichen der Ausschweifung.

Die alte Schule der Physiognomik ist am besten in den Arbeiten von J.C.Lavater erfaßt.

Johann Caspar Lavater (1741 - 1801) war ein Schweizer Philosoph und Theologe. Seine Auffassung, das seelische Leben spiegele sich in der menschlichen Physiognomie, war trotz ihres geringen wissenschaftlichen Wertes Anregung für spätere Untersuchungen. Die von ihm durchgeführten Untersuchungen wurden in seinem Hauptwerk "Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe" (1775 - 1778) erfaßt (4) (Lavater).

Die moderne Physiognomik dagegen versucht, nicht aus Einzelheiten des Gesichtes oder des menschlichen Körpers psychische Eigenschaften abzuleiten, sondern sie beruht auf genauen Messungen und Beobachtungen des ganzen Körpers und hat einen hohen praktischen Wert. Man kann auf Grund der Nasenform nicht die psychischen und charakterlichen Eigenschaften eines Menschen feststellen und darüber entsprechende Aussagen machen. Angeborene oder erworbene Nasendeformitäten können aber einen ungünstigen Einfluß auf den seelischen Zustand und damit auf den Gesichtsausdruck ihres Besitzers ausüben. Melancholie oder Unzufriedenheit spiegeln sich öfters bei Menschen mit Nasendeformitäten im Gesicht wider.

In der heutigen Zeit, der Zeit des Fortschrittes und des modernen Gesellschaftslebens, gewinnt das Ästhetische am menschlichen Gesicht immer mehr an Bedeutung.

Nach Serçer (5) ist der Begriff des ästhetisch Schönen "immer subjektiv, weil er in sich eine Empfindung, eine Emotion und einen Gedanken involviert". Dadurch ist es sehr schwer, das absolut Schöne festzustellen, solange die Beurteilung von unseren Sinnesempfindungen geprägt wird. Die Folge ist, daß die Nase als Schönheitsideal einem gewissen Wandel unterworfen ist. Andererseits existieren aber gewisse Grundsätze, nach denen die Form und Schönheit einer Nase bestimmt wird.

"Vom ästhetischen Standpunkt aus gesehen ist die Profillinie der Nase von großer Bedeutung. Unter ihr verstehen wir die Umrisse einer von der Seite beobachteten Nase. Man unterscheidet drei anatomische Profilkomponenten der Nase:

1. Die Nasenbein-Komponente,
2. Die Septumknorpel-Komponente,
3. Die Spitzenknorpel-Komponente" (6) (J. Joseph).

Die erste Profilkomponente umfaßt das Nasenbein, erstreckt sich also von der Nasenwurzel bis zum unteren Rand des Nasenbeines. Die zweite Profilkomponente verläuft von der unteren Grenze des Nasenbeines bis zur vordersten Partie des viereckigen Septumknorpels. Die dritte Profilkomponente wird von den vorderen Partien der Spitzenknorpel gebildet. Ein Nasenprofil ist dann als ideal oder normal zu bezeichnen, wenn keine der drei anatomischen Profilkomponenten in erheblicher Weise hervor- oder zurücktritt und ihre Länge im ganzen und in Beziehung zueinander unauffällig ist.

Außerdem soll der ästhetische Profilwinkel, d.h. der Winkel, den die Hauptprofilinie der Nase mit der Stirn-Kinnlinie bildet, etwa 30° betragen. Der Septolabial-Winkel stellt das Verhältnis zwischen dem unteren Rand des Septums und der vorderen Fläche der Oberlippe dar. Er soll bei Männern 90° , bei Frauen etwa 110° bis 120° betragen.

Die Form der Nase wird durch den Übergang des Nasenprofils in das Stirnprofil bestimmt. Demnach unterscheiden wir griechische, römische, nordische, slawische, arabische und aztekische Nasenformen. Beim griechischen Nasentyp geht das Nasenprofil fast in einer Linie in das Profil der Stirn über. Die römische Nase hat an der Grenze zwischen der Nasenwurzel und der Stirn eine Einsenkung. Eine Konvexität des Nasenrückens ist charakteristisch für die nordische Rasse. Bei der slawischen Nase sehen wir öfters eine Einsenkung des Nasenrückens, wodurch eine Sattelnase entsteht. Die Konkavität der Nasenwurzel bei der arabischen Nasenform ist von einem starken Augenbrauenwulst überragt, die Nasenspitze ist nach unten gesenkt. Bei der aztekischen oder Inka-Indianernase geht das Nasenprofil ohne Unterbrechung in das Stirnprofil über. Die gesamte Profillinie ist nicht vertikal, sondern stark nach rückwärts geneigt.

Es ist interessant, daß die genannten Winkelmaße und damit der Begriff einer idealen Nasenform in den verschiedenen Kunstepochen zur Bildung von künstlerischem Empfinden führten, das in jeder Kunstperiode je nach Rasse, Volk und Zeit anders zum Ausdruck kam. Jede Kunstepoche hatte also ihre eigenen

Kunstgesetze und Regeln geschaffen. Die Bildwerke der alten Ägypter entsprechen nicht dem heutigen Schönheitsideal. Die Gesichter der griechischen Antike haben einen Profilwinkel, der kleiner ist als der der heutigen Kulturvölker. Die ästhetischen Profilwinkel der griechischen Götter liegen zwischen 19° und 30° . Die Venus von Milo hat einen Profilwinkel von $27,5^{\circ}$.

Mit diesen Problemen befaßte sich (7) G.Jost. Der Autor wollte einen "chirurgischen Kanon" bestimmen, der die Chirurgen in der Ausübung der Gesichtsplastik leiten sollte. Seine Arbeitsmethode bestand in der Analyse künstlerischer Werke aus allen Kunstepochen. Die Untersuchungen wurden meistens im "Louvre" und im Museum der "Französischen Denkmäler" im Palais de Chaillot ausgeführt, wo die Reproduktionen und die Originale der Malerei und Bildhauerei am besten erhalten sind. Die Werke, deren Schöpfer wenig die anatomische Form des Menschen beachtet haben, wurden ausgeschlossen. Bei der Analyse der Anatomie in der künstlerischen Plastik und Malerei wurden zehn Grundtypen des Gesichtes herauskristallisiert, die aus der gotischen, griechischen und ägyptischen Kunst stammen. Diese Kunstepochen haben in ihren zahlreichen Werken immer wieder identische Formtypen geschaffen, und deshalb sind sie für unser ästhetisches Empfinden so eindrucksvoll und richtungsweisend geworden. Sechs Fälle wurden in seiner Arbeit geschildert, bei denen die erwähnten anatomischen Grundtypen zu Rate gezogen wurden, und die geholfen haben bei der Skizzierung des kosmetisch-chirurgisch anzustrebenden Behandlungszieles. Diese Methode kann natürlich das Problem der Operationsindikation in der Gesichtschirurgie nicht lösen; aber sie kann bei der Auswahl der besten und einfachsten Operationstechnik helfen.

III. Die Klassifikation der äußeren Nasendeformitäten

Nachdem ich die Anatomie der äußeren Nase und das normale Nasenprofil beschrieben habe, möchte ich jetzt zum eigentlichen Thema meiner Arbeit kommen.

Einteilung und Nomenklatur der Nasendeformitäten sind nicht einheitlich. Wir haben nun die von Serçer angegebene Definition und Klassifikation der äußeren Nasendeformitäten übernommen.

"Unter Deformitäten der Nase verstehen wir solche Formveränderungen, die nicht mit Defekten verbunden sind. Die äußere und innere Nasenauskleidung sowie das Nasengerüst sind erhalten, es besteht aber entweder ein Zuviel oder

ein Zuwenig der knöchernen oder der knorpeligen Grundlage, oder diese Grundlage ist nicht harmonisch entwickelt" (8) (Serčer).

Solche Zustände sind entweder angeboren oder Folgen von Verletzungen und inneren Nasenerkrankungen wie Ozaena, Lues und Tbc. Bei der Beschreibung der Nasendeformitäten möchte ich zuerst die Deformitäten aufzählen, die in die Gruppe der Mißbildungen gehören. Eine Aplasie der Nase bei einem lebensfähigen Kinde wurde in der Weltliteratur nur zweimal publiziert. Dagegen ist öfters eine einseitige Aplasie als Begleiterscheinung der Gaumenspalte beschrieben worden. Hypoplasie der Nase ist keine Seltenheit. Galanti (9) beschreibt beispielsweise einen Fall von kongenitaler Hypoplasie und Diastase der Ossa nasalia mit Duplikatur des Septums. Nach Serčer (10) werden die Nasendeformitäten in Deformitäten des Nasenrückens, der Nasenspitze, der Nasenflügel und des Nasenseptums eingeteilt.

1. Deformitäten des Nasenrückens

Ist der Nasenrücken hervorgehoben, dann sprechen wir von einer Höckernase. Der Höcker kann sowohl im knöchernen als auch im knorpeligen Teil liegen, er kann sich aber auch gleichzeitig in beiden Teilen befinden.

Das Gegenteil der Höckernase ist die Sattelnase, bei der eine Einsenkung des Nasenrückens besteht. Die Sattelnase ist in den meisten Fällen traumatisch bedingt. Sie kann aber auch Folge pathologischer Zustände (Lues, Ozaena) und operativer Eingriffe in der Nase sein - 2/3 bei fehlerhafter Septumresektion. Je nachdem, ob der krankhafte Prozeß mehr das knöcherne oder mehr das knorpelige Gerüst oder beide Teile angegriffen hat, kann man auch bei der Sattelnase drei verschiedene Typen unterscheiden. Bei der Ozaena ist der Nasenrücken gleichmäßig eingesunken, bei der Lues ist mehr der knöcherne Teil des Nasenrückens und bei der Tuberkulose mehr der knorpelige Teil angegriffen.

Eine besondere Form der Sattelnase ist die sog. Entenschnabelnase. Bei ihr ragen die Nasenspitze und die Nasenflügel wie eine flache Schaufel nach vorne, der knorpelige Nasenrücken ist eingesunken. Das Charakteristische der Napfgesichtsnase ist die eingesunkene Grundlage, auf der die Nase ruht. Durch Trauma oder luische Destruktionen der knöchernen Umrandung der Apertura piriformis und des Alveolarfortsatzes kommt es zur Vertiefung der Basis nasi. Wenn dazu das Nasengerüst auch zerstört ist, wird die äußere Nasenbedeckung eingezogen, und es entsteht das charakteristische Bild des konkaven Gesichtes mit einer verschieden stark ausgeprägten Sattelnase.

Wenn der Nasenrücken der ganzen Länge nach in der Richtung nach rechts oder nach links deviiert, dann handelt es sich um eine Nasendeviation. Nach Ser-
čer (11) sind leichte Grade der Deviation sehr häufig und nicht korrekturbedürf-
tig. Bei stärkeren Graden der Schiefnase kann das Gesicht sehr entstellt
sein. Die Schiefnase kann in drei Formen auftreten:

- a. Knöcherne Schiefnase
- b. Knorpelige Schiefnase
- c. Totale Schiefnase.

Diese Arten der Nasendeformitäten sind in den meisten Fällen erworben und nur
selten angeboren.

Unter einer "Großen Nase" verstehen wir diejenige, welche für ein be-
stimmtes Gesicht in allen Dimensionen relativ zu groß ist. Sie ist zu lang,
zu hoch und zu breit.

Es gibt Nasen, die nur in einer Dimension abnorm entwickelt sind. Dazu ge-
hören die "lange" und die "breite Nase". Die "lange Nase" zeich-
net sich durch einen zu langen Nasenrücken aus.

Wenn die Basis nasi zu breit ist, sprechen wir von einer "breiten Nase".

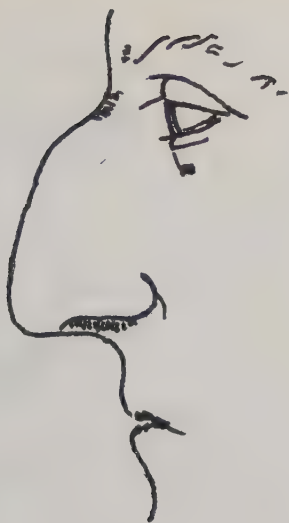
Das Gegenteil der breiten Nase ist die "schmale Nase". Bei ihr ist der Na-
senrücken zu schmal. Bei flachen Nasen ist der Nasenflügelansatz weit von
der Mittellinie entfernt, so daß sie Ähnlichkeit mit der Neger Nase hat.

2. Deformitäten der Nasenspitze

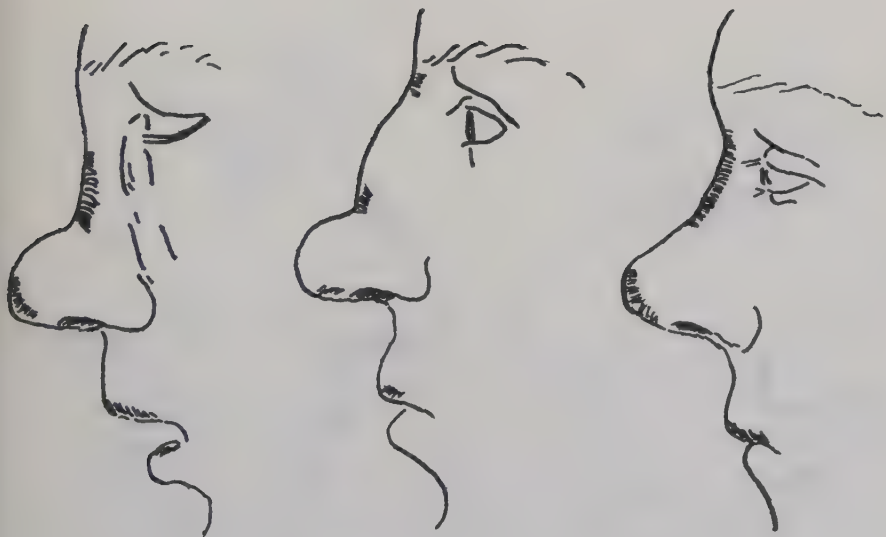
Zu den Anomalien der Nasenspitze gehören:

- a. Hervortretende Nasenspitze
- b. Hochstehende Nasenspitze
- c. Spitze Nase
- d. Stumpfnase
- e. Hängende Nasenspitze
- f. Aufgeblähte Nasenspitze
- g. Doppelkugelige Nasenspitze

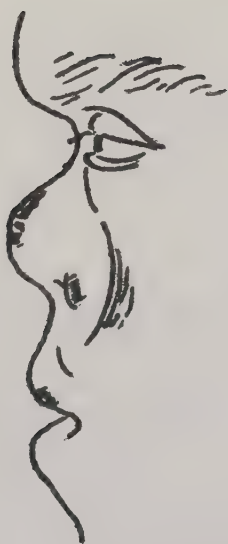
Die Nasenspitze ist normalerweise die Fortsetzung der Nasenprofillinie. Liegt
sie aber vor der Nasenprofillinie, dann sprechen wir von einer hervortre-
tenden Nasenspitze im Gegensatz zu einer zurückstehenden Nasenspitze
oder Stumpfnase.



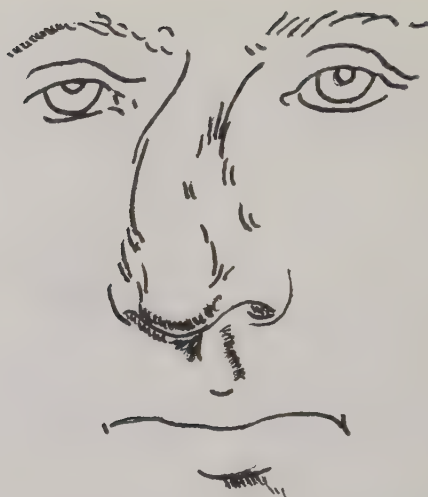
Höckernase



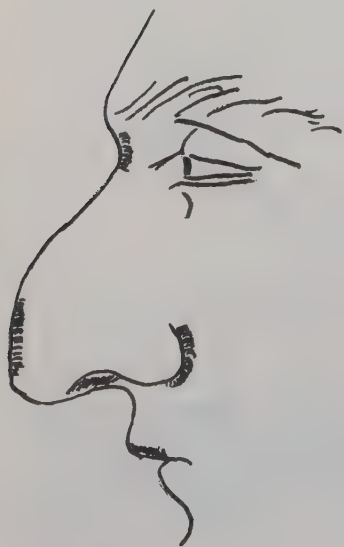
Sattelnase



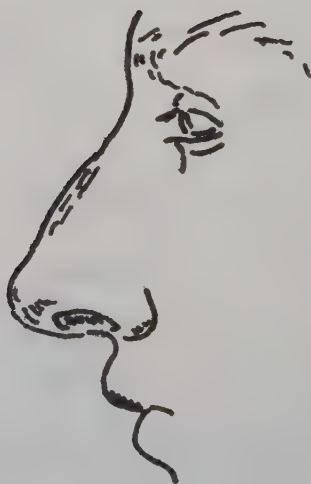
Napfgesichts-nase



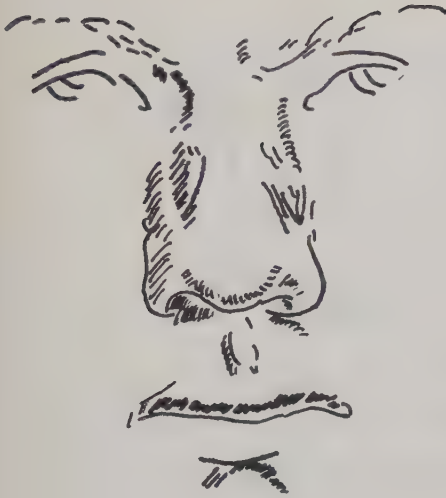
Schief-nase



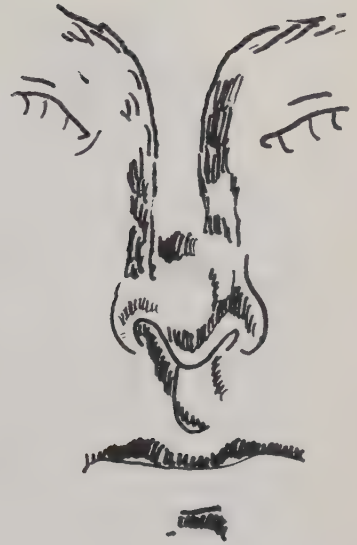
große Nase



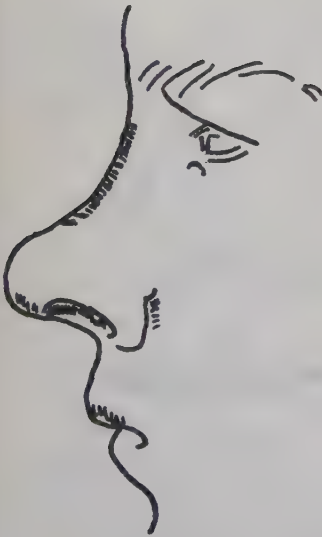
lange Nase



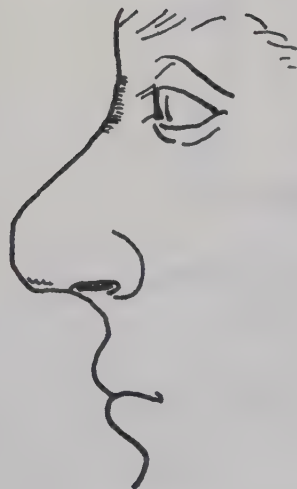
Breite Nase



Schmale Nase



Hervortretende Nasenspitze



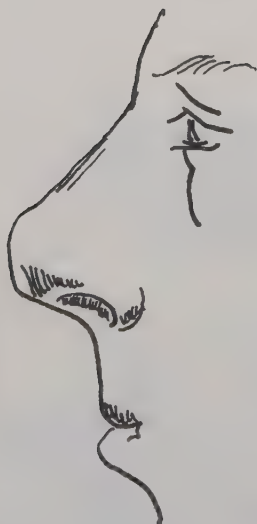
Stumpfnase



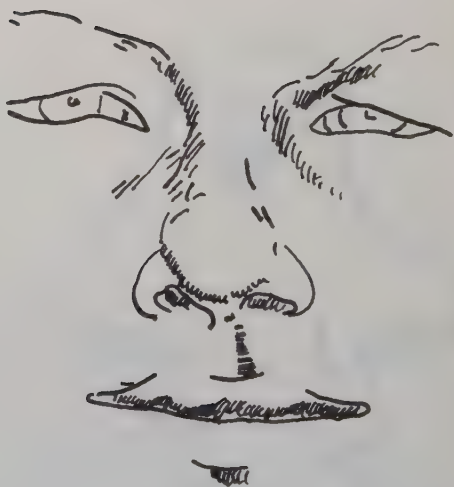
Spitze Nase



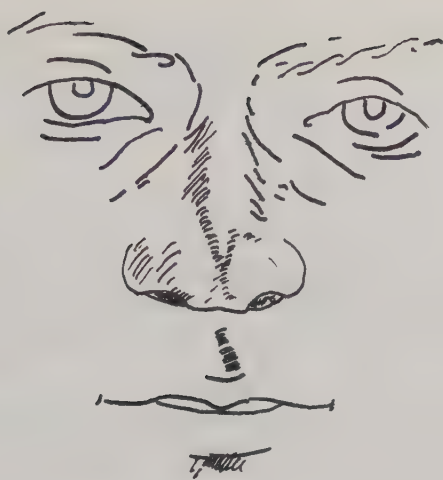
Hängende Nasenspitze



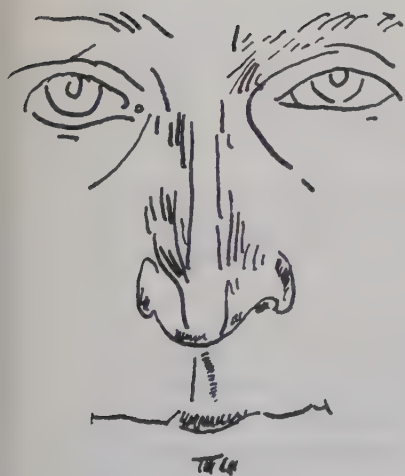
Hochstehende Nasenspitze



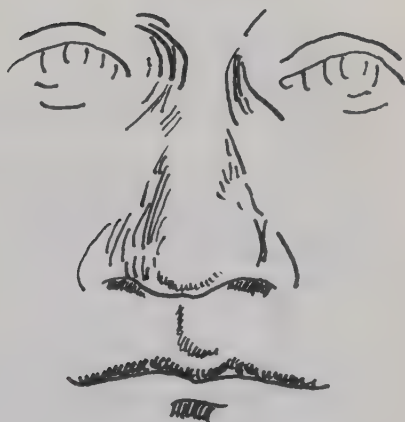
Aufgeblähte Nasenspitze



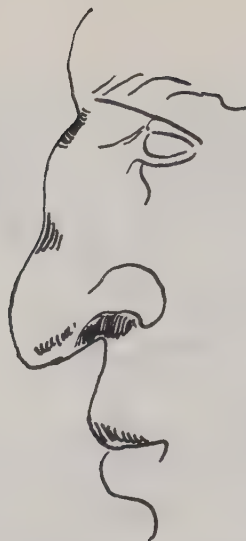
Doppelkugelige Nasenspitze



Schlaaffe Nasenflügel



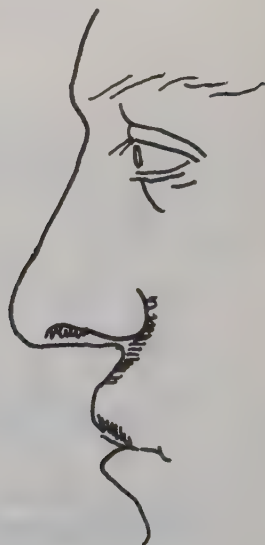
Breite Nasenflügel



Das hängende Septum



Stumpfer
Stumpfer



Scharfer

Septolabial-Winkel

Wenn ein zu langer Nasenrücken mit einem gerade verlaufenden Septum kombiniert ist, dann haben wir das Bild einer spitzen Nase.

Bei langem Nasenrücken und einem scharfen Septolabial-Winkel entsteht eine hängende Nasenspitze.

Ist aber das Septum nasi nach oben gerichtet und der Nasenrücken kurz, so entsteht eine hochstehende Nasenspitze.

Als Kollaps der Nasenspitze bezeichnen wir solche Fälle, in denen die knorpelige Grundlage des Septums zerstört ist, die Nasenflügelknorpel jedoch erhalten sind. Die Nasenspitze ist dann sehr weich und kann mit dem Finger platt gedrückt werden.

Wenn die dreieckigen Knorpel und die Nasenflügelknorpel sehr stark entwickelt und aufgetrieben sind, dann entstehen breite oder aufgeblähte Nasenspitzen.

Diese Anomalie kommt auch in Form der doppelkugeligen Nasenspitze vor. Die Nasenspitze wird durch den Nasenrücken in zwei Halbkugeln geteilt.

3. Deformitäten der Nasenflügel

- a. Schlaffe Nasenflügel
- b. Breite Nasenflügel

Menschen mit schlaffen Nasenflügeln leiden an Störungen der Atmung. Bei jeder Einatmung kommt es zur Berührung der Nasenflügel mit dem Septum.

Zu dieser Gruppe der Nasendeformitäten gehören auch die cicatriziellen Stenosen und Atriesien der Nasenöffnung. Sie entstehen als Folge von Verletzungen und operativen Eingriffen, nur selten können sie angeboren sein.

4. Deformitäten des Nasenseptums

Bei zu stark entwickeltem Septum mobile entsteht ein hängendes Septum, welches den Nasenöffnungen ein tierisches Aussehen gibt. In diesen Fällen sprechen wir von Nasen mit Pferdeseptum.

Weiterhin gehören zu den Nasendeformitäten der zu stumpfe und der zu spitze Septolabial-Winkel.

Bei der Betrachtung der äußeren Nase muß man auch die Lage der Nasenöffnung beachten. Die Nasenöffnung soll horizontal liegen. Ist das Orificium nasi externi nach unten geneigt, so sprechen wir von einer Inklinatıon des Orificiums, das zu Atembeschwerden führt. Die Hebung der Nasenöffnung bezeichnet man als Deklinatıon des Orificiums nasi.

Durch verschiedene allgemeine Krankheitsprozesse kommt es auch zu Deformatıen der Nase. Hierzu gehört das Rhinophym und die nur seltene Elephantiasis nasi, die allein oder mit der Makrocheilie (Elephantiasis labiorum) vorkommen kann.

Gefäßgeschwülste der Nase - Angiome oder Kavernome - sowie Akromegalie der Nase als Folge von Hypophysentumoren können oft die äußere Nase verunstalten.

Die aufgezählten Nasendeformitäten können vereinzelt oder auch zu mehreren gleichzeitig bei einer Nase auftreten. Sie sind auch manchmal schwer voneinander zu trennen.

IV. Untersuchungen über die Häufigkeit der äußeren Nasendeformitäten

Man unterscheidet drei anthropologische Typen der äußeren Nase: Die leptorrhine, die mesorrhine und die chamaerrhine Nase (12) (Martin-Saller). Die Eskimos, Ägypter und einige europäische Gruppen sind leptorrhin oder schmalnasig. Die Mehrzahl der Rassen zeichnet sich durch Mesorrhinie aus. Chamaerrhin sind Mongolen, Neger und Südseeinsulaner.

Die Nasenform wird in der Anthropologie durch einen Index, der die Höhe der Nase und ihre Breite zueinander in Beziehung setzt, zahlenmäßig ausgedrückt (13) (Martin-Saller).

Höhe der Nase: Gradlinige Entfernung des Nasions (Nasenwurzel) vom Subnasale (Unternasenpunkt), wird mit dem Stangenzirkel gemessen!

Breite der Nase: Gradlinige Entfernung der beiden Alaria, d.h. der Punkte der größten seitlichen Ausladung der beiden Nasenflügel voneinander. Auch sie wird mit dem Stangenzirkel gemessen.

Jedoch nicht in allen Fällen gibt der Breiten-Höhen-Index den physiognomischen Eindruck der Nase wieder. Bei Rassen, bei welchen der Nasensattel stark kon-

kav, die tiefste Stelle, also nicht an der Wurzel, sondern in der Mitte der Nasenbeine gelegen ist (Australier), scheint die Nase noch niedriger und breiter, als der Index anzeigt. Umgekehrt hat die Nase bei Rassen mit hoch liegender Nasenwurzel keine äußerlich wahrnehmbare obere Grenze und scheint oft bis zwischen die Augenbrauen hinein verlängert. Aber auch in diesen Fällen bleibt die Nasenwurzel die eigentliche morphologische Grenze.

Aus den vorstehenden Ausführungen ist zu ersehen, daß die äußere Nasenform nicht immer mittels der direkten Messungen und der aus ihnen festgestellten Ergebnisse genau beurteilt werden kann. In der vorliegenden Arbeit wurde deshalb auf Messungen der oben genannten Art verzichtet. Die Beurteilung stützte sich vielmehr auf eine sorgfältige Analyse der vorkommenden Stellungen- und Formanomalien der Nase, wobei die von Joseph, Serĉer u.a. beschriebenen Nasendeformitäten zugrunde gelegt wurden.

Die Altersgrenze der von mir untersuchten Menschen wurde zwischen dem 18. und 45. Lebensjahr festgesetzt, da sich die äußere Nasenform sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im fortgeschrittenen Alter verändert.

Die Untersuchungen führte ich in mittleren und großen Betrieben in Wiesbaden und Mainz, an den Universitäten in Frankfurt/Main und Mainz sowie in einem Sportverein durch. Nach der Betrachtung der äußeren Nase jedes einzelnen mir vorgestellten Menschen stellte ich Fragen an ihn, die sich aus der Tabelle ergeben.

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	Beruf	Abweich. von der Nasennorm	Art der Deform.	Ausmaß der Deform.	korrekt. bedürft.	Besteht Wunsch d. Korr.	Ursache der Deform.
1						gering			
2						mittelgradig			
3						stark			
4									

Meine Untersuchungen erstreckten sich auf 1.003 Personen, davon 534 männliche und 469 weibliche Personen.

Männliche Personen: 53,3 %

Weibliche Personen: 46,7 %

Bei meiner statistischen Erhebung kam ich mit allen Berufen, nämlich Akademikern, Angestellten, Arbeitern etc. in Berührung.

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind in den Tabellen und graphischen Darstellungen der Abbildungen 1 bis 5 festgehalten.

Ähnliche Untersuchungen der äußeren Nasendeformitäten wurden auch in Japan durchgeführt und von Izawa, T.; Hamano, I. u. a. (14) beschrieben. 266 Modeschülerinnen wurden in Tokio im Hinblick auf ihre Nasen und Gesichtszüge befragt. Von den Mädchen, die mit ihren Gesichtszügen nicht völlig einverstanden waren, zeigten mehr als 50% trotzdem keine Unzufriedenheit. Die anderen dagegen waren vorwiegend mit der Form der äußeren Nase nicht einverstanden. Es wurde die Klage geäußert, die Nase wäre zu klein und zu rund.

Formmerkmale der Nase und ihre korrelativen Beziehungen beschreibt Weidel, G. (15) in ihrer Dissertationsarbeit.

Die Anthropologen wiederum befaßten sich mit den Deformitäten des Nasenrückens im Hinblick auf seine konkave und seine konvexe Form. Sie stellten fest, daß, je geringer die Nasenlänge ist, desto häufiger in der Regel die konkave Form des Nasenrückens vorhanden ist, während geradlinige und konvexe Profile sich mehr mit dem langen Rücken kombinieren. Doch hat diese Regel nur allgemeine Gültigkeit. Selbst bei primitiven Rassen mit charakteristisch kurzer Stumpfnase kommen konkave und konvexe Nasenrücken im gleichen Prozentsatz vor. Die kleine Frauennase neigt mehr zur Konkavität als die große männliche Nase. Unter der althayrischen Bevölkerung besaßen 44% einen geraden, 31% einen konvexen Nasenrücken. In Frankreich kommen geradlinige Nasen mit horizontaler Lochfläche relativ am häufigsten vor. Bei den Juden überwiegt das gerade Nasenprofil, was Fishberg an 2.836 Juden und 1.284 Jüdinnen der Stadt New York nachgewiesen hat.

Juden von New York

	männlich	weiblich
gerade Nasen	57,3%	59,4%
konkave Nasen	22,1%	13,9%
konvexe Nasen	14,2%	12,7%
platte Nasen	6,4%	14,0%

Tabelle über die Häufigkeit der Nasenformitäten
bei männlichen Personen

Alter	ohne Deform.	Höcker-nase	Sattel-nase	Schief-nase	Große Nase	Kleine Nase	Lange Nase	Breite Nase	Schmal-Nase	Horror- tentende spitze	Flüge- lartige Nasen- spitze	Stumpf-nase	Spitze Nase	Breite Nasen- flügel	zus. %
unter 20	27	1	-	1	1	-	1	2	-	-	4	-	-	-	37
20															6,42
unter 25	124	5	-	1	3	-	3	2	-	-	-	-	1	-	139
25															26,0
unter 30	91	3	2	3	2	-	1	1	3	1	1	1	2	-	111
30															20,35
unter 35	65	2	1	1	-	-	1	2	-	-	-	-	5	-	77
35															14,67
unter 40	63	2	-	3	2	-	-	1	-	1	-	2	1	-	75
40															14,29
unter 45	72	2	1	1	2	-	4	1	1	1	4	2	3	1	95
45															19,87
zus. %	442	45	4	10	10	-	10	9	4	3	9	5	12	1	534
	826	2,8	0,95	1,97	1,97	-	1,97	1,68	0,95	0,96	1,68	0,91	2,24	0,19	100

Graphische Darstellung über die Häufigkeit der äusseren Nasendeformitäten bei männlichen Personen.

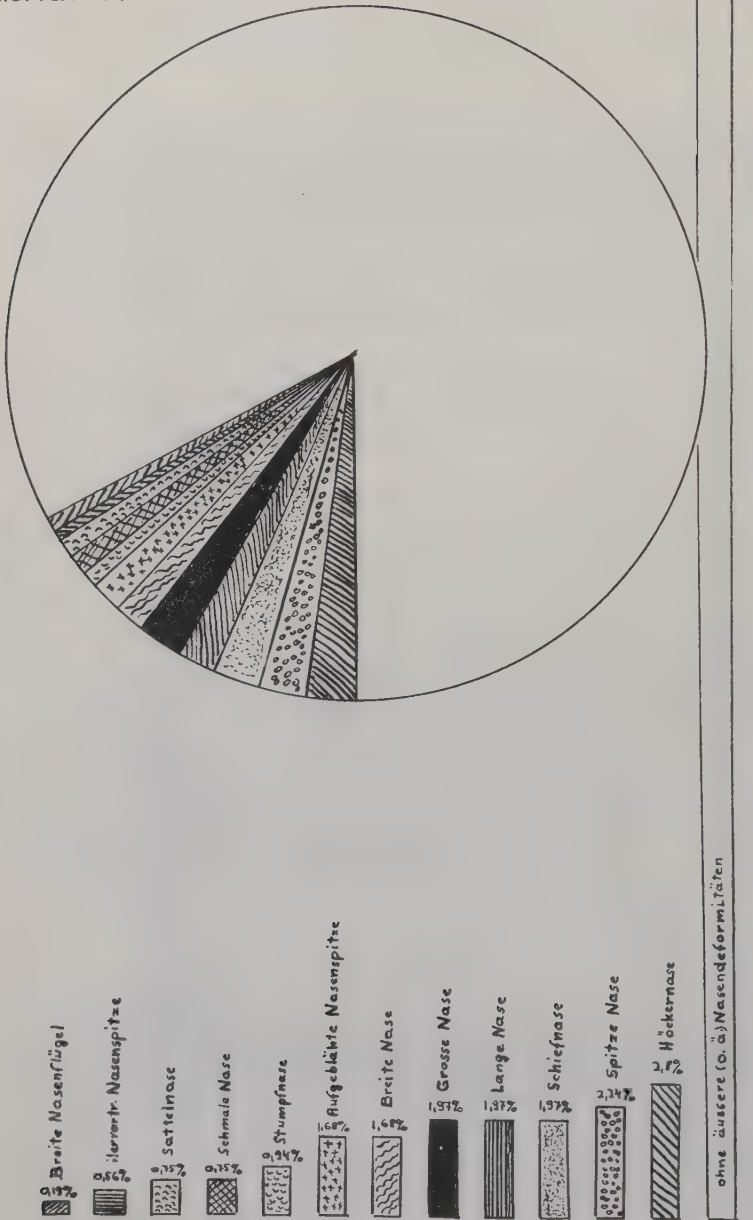


Abb. 2

Tabelle über die Häufigkeit der Nasendeformitäten
bei weiblichen Personen

Alter	ohne Deform.	Wöcker- nase	Sattel- nase	Schief- nase	Große Nase	Longe Nase	Breite Nase	Schmale Nase	Wenver- treteende Nasen- spitze	pußen- wichte Nasen- spitze	stumpf- nase	Spitze Nase	Breite Nasen- flügel	zus. %
unter 20	35	-	-	-	-	1	2	-	1	1	3	1	-	44 94
20 unter 25	115	-	2	-	5	-	5	2	-	3	6	1	1	140 238
25 unter 30	96	1	-	1	-	1	7	-	-	1	3	3	-	143 244
30 unter 35	51	-	1	-	3	1	3	1	2	-	1	1	-	64 137
35 unter 40	45	-	3	1	1	1	1	-	-	-	-	2	-	54 115
40 unter 45	47	-	2	-	-	1	1	-	1	1	-	1	-	54 145
zus. %	388 83	1 0,2	8 1,71	2 0,42	9 1,31	5 1,05	19 4,06	3 0,64	4 0,85	6 1,28	13 2,78	9 1,81	1 0,2	469 100

Abb. 3

Graphische Darstellung über die Häufigkeit
der äusseren Nasendeformitäten bei
weiblichen Personen.

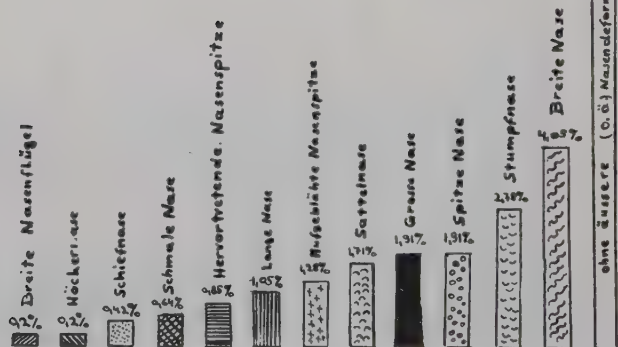
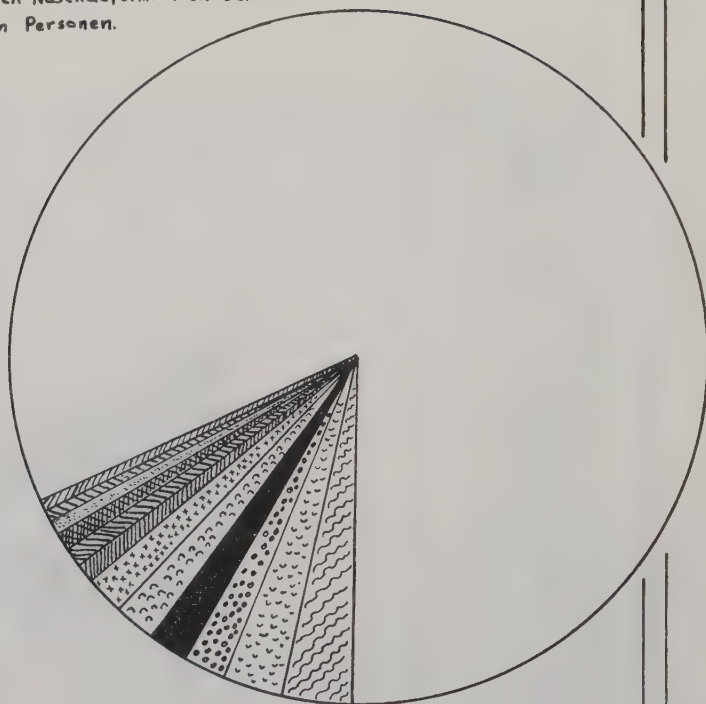
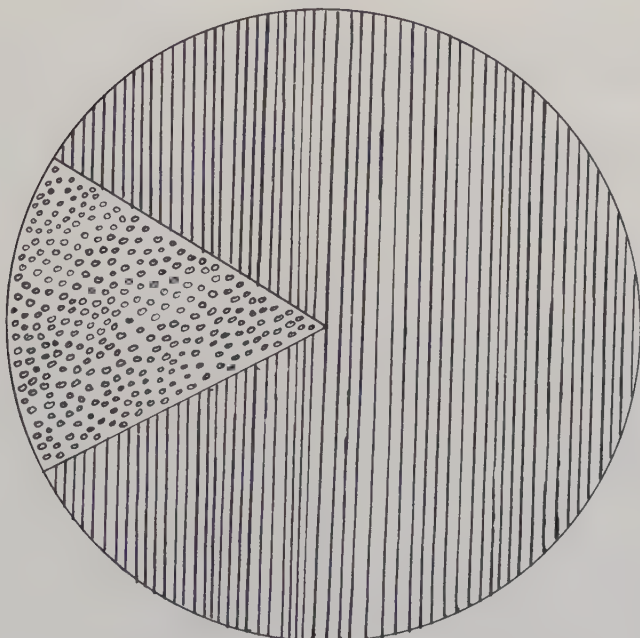


Abb. 4

Graphische Darstellung über die Häufigkeit der äußeren Nasen-
deformitäten bei 1.003 Personen beider Geschlechtsgruppen.



von 1.003 Personen
hatten 83%
keine äußeren
Nasendeformitäten



von 1.003 Personen hatten
17% äußere Nasende-
formitäten.

Abb. 5

Lipec hat an polnisch-jüdischen Neugeborenen beobachtet:

	männlich	weiblich
gerade Nasen	40,2%	36,0%
konkave Nasen	59,8%	64,0%

Konvexe Nasen verschiedener Form sind bei Armeniern und nordamerikanischen Indianern am meisten verbreitet. Bei südamerikanischen Indianern überwiegt der gerade Nasenrücken.

Diese Untersuchungen wurden von Martin und Saller (16) im Lehrbuch der Anthropologie ausführlich beschrieben.

V. Schlußbetrachtung

Meinen Untersuchungen wurde von seiten der befragten Personen ein großes Interesse entgegengebracht. In den seltensten Fällen gab man mir auf meine Fragen keine oder nur ausweichende Antworten. Bei den weiblichen Personen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr machte ich des öfteren die Feststellung, daß sie mit der äußeren Form ihrer Nase, obwohl sie keine objektivierbare Deformität aufwies, nicht zufrieden waren. Auf die Frage, ob bei ausgeprägten äußeren Nasendeformitäten eine Korrektur erwünscht ist, erhielt ich nur von 13 männlichen und 17 weiblichen Personen eine Zustimmung. Die Frauen brachten meinen statistischen Erhebungen ein größeres Interesse entgegen als die Männer. Diejenigen, die eine Nasenkorrektur erwünschten, fragten: "Wo kann ich mir die Nase operieren lassen?", fügten aber weiter hinzu, daß sie sich aus finanziellen Gründen diese Operation nicht leisten können.

Die kosmetische Chirurgie sollte heutzutage nicht als Luxus betrachtet werden, sondern bei körperlichen Mängeln die äußere Form im ästhetischen Sinne umgestalten.

"Die steigende Zahl der Betriebs- und Verkehrsunfälle hat in Verbindung mit den Verletzungsfolgen der beiden Weltkriege der plastischen Gesichtschirurgie zu einem vorher ungeahnten Aufschwung verholfen. In dieser noch andauernden Entwicklung gewinnt die korrektive Rhinoplastik zunehmende Bedeutung, da die Nase infolge ihrer exponierten Lage bei der Mehrzahl der Gesichtsverletzungen in Mitleidenschaft gezogen wird und der Wunsch nach Beseitigung daraus resultierender Form- und Funktionsstörungen ein

berechtigtes Anliegen der davon Betroffenen ist. Darüber hinaus hat auch die mit der Veräußerlichung unserer Lebensform verbundene Überbewertung des äußeren Erscheinungsbildes zu einer Zunahme entsprechender Korrekturwünsche geführt, die vorwiegend Nase und Ohren betreffen." (17) (Haas).

VI. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden 1.003 Personen (534 männliche und 469 weibliche Personen) aus den Ländern Hessen und Rheinland-Pfalz im Alter zwischen 18 und 45 Jahren hinsichtlich ihrer äußeren Nasenform untersucht. Die Untersuchten setzten sich aus allen Berufsgruppen zusammen. Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, daß 17,4% männliche und 17% weibliche Personen äußere Nasendeformitäten aufweisen. Auf die Gesamtzahl der untersuchten Fälle bezogen besitzen 17% eine äußere Deformierung der Nase. Die am häufigsten auftretende Art der äußeren Nasendeformität war bei Männern die Höckernase (15 Fälle = 2,8%) und bei Frauen die breite Nase (19 Fälle = 4,05%). Als Ursache der erworbenen Deformitäten wurden Auto-, Fahrrad- und Sportunfälle angegeben. Bei den 1.003 untersuchten Personen war in 25 Fällen ein Unfall Ursache der Deformierung, während 147 der Befragten mit Nasendeformitäten keine Ursache angeben konnten. Der Wunsch zur Nasenkorrektur wurde von 13 männlichen und 17 weiblichen Personen ausgesprochen. 21 männliche und 28 weibliche Personen besaßen Nasendeformitäten, die bei Anlegung strenger Maßstäbe als nicht korrekturbedürftig zu bezeichnen waren.

Die äußeren Nasendeformitäten führen in manchen Fällen zu psychischen Störungen. Nicht alle Menschen reagieren gleichartig. Die Mehrheit der Personen mit äußeren Nasendeformitäten zeigt keine Reaktion auf diese Entstellung, während andere sehr darunter leiden. Plastische Operationen können durch Behebung der Deformitäten die zuletzt genannten Menschen von ihren Hemmungen befreien.

SCHRIFTTUM

- Frühwald, V.: Korrektive Chirurgie der Nase, der Ohren und des Gesichtes, Wilhelm Mandrich-Verlag, Wien 1952, S.1-92
- Galanti, S.: Rara malformazione congenita del naso, Asp.Fate-benefratelli, Roma. Res.mec. (Roma) 1, 37-45 (1957).
Fußnote: 9) Zit. aus Zbl.f.HNO 63, 151 (1959)
- Haas, E.: Die Bedeutung von Ästhetik und Funktion für die korrektive Rhinoplastik, Z.Laryng.Rhin.Otol. 38, 777-788 (1959)
Fußnote: 17) S. 777
- Heim, W.: Fehler und Gefahren der kosmetischen Chirurgie, Berl.Med. 7, 319-321 (1956)
- Izawa, T., Hamano, I., Yamazaki, S., Uchida, A., Ikeda, H., Suzuki, T., Fukami, Z., Tanaka, S.: Problems on the external nose. I. Relationship with the desire for cosmetic. Oto-rhino-laryng. Tokyo Nr.2, 58-59 (1959) (Orig.Japanisch).
Fußnote: 14) Zit. aus Zbl.f.HNO 66, 49 (1960)
- Joseph, J.: Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik nebst einem Anhang über Mammaplastik und einige weitere Operationen aus dem Gebiete der äußeren Körperplastik, Curt Kubitzsch-Verlag, Leipzig 1931.
Fußnote: 6)
- Jost, G.: Recherches à partir de l'anatomie artistique des critères destinés à guider le chirurgien dans les interventions plastiques de la face.
Fußnote: 7) Annales de chirurgie plastique 7, 39-48 (1962)
- Lavater, J.K.: Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe (1775-1778)
Fußnote: 4) Duden Lexikon, im Duden-Verlag des bibliographischen Institutes, Mannheim 1962, Bd.II, G.O., S.1238/39

- Martin, R.,
Saller, K.: Lehrbuch der Anthropologie, Gustav Fischer-Verlag,
Stuttgart 1957, Bd.I.
Fußnote: 12) S. 496
Bd.III, Stuttgart 1962
Fußnote: 3) S. 2058
13) S. 2053
16) S. 2061/62
- Panebianco, G.: Atresia congenita bilaterale incompleta della narici,
Clin. ORL, Univ. Bologna. Oto-rhino-laryng. 27,
286-298 (1959), zit. aus Zbl.f.HNO 65, 177 (1959-60)
- Petterson, G.: Deformities and defects of the nose in children.
Acta chir.scand. (Stockholm) 107, 539-549 (1954).
Zit. aus Zbl.f.HNO 52, 249 (1955)
- Rauber, A.,
Kopsch, Fr.: Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen, Georg
Thieme-Verlag, Leipzig 1940, Bd.I
Fußnote: 1) S. 230-234
- Serĉer, A.,
Mündnich, K.: Plastische Operationen an der Nase und der Ohrmuschel,
Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1962.
Fußnote: 2) S. 75
5) S. 66
8) S. 97
10) S. 97 ff. - 116
11) S. 99
- Seltzer, A.P.: The therapeutic value of plastic surgery in neurosis.
Med. Center Philadelphia and otolaryngol. Dep. of Grad-
uate School of Med. Univ. of Pennsylv., Philadelphia,
Pa. Ann. of Otol. 64, 1082 (1955). Zit. aus Zbl. f.
HNO 55, 115 (1956)
- Weidel, G.: Formmerkmale der Nase und korrelativen Beziehungen.
Med.Diss. Tübingen 1955.
Fußnote: 15) Anthropol. 48, 79-99 (1956-57)
- Wilke, J.: Beitrag zum Problem der Nasendoppelbildung, Univ.-
Klinik u. Poliklinik f. HNO-Krankheiten, Leipzig.
Z.laryng.Rhinol. 37, 770-774 (1958)
- Wirth, F.: Zur korrektiven Nasenplastik, Univ.-Zahnklin.u.Kie-
ferstat., Graz, Öst.Z.Stom. 57, 230-236 (1960).

Am Ende meiner Arbeit möchte ich Herrn Dozenten Dr. med.
Erwin H a a s , Chefarzt der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung des Alten
St. Vincentius-Krankenhauses, Karlsruhe, für die Überlassung des
Themas und die Anregungen bei dessen Bearbeitung, sowie für
die Durchsicht der Arbeit herzlich danken.

LEBENS LAUF

Am 24. Februar 1938 wurde ich, Maria Alojzja Gnändiger, in Zawiercie (Polen) als Tochter des Fabrikdirektors Johann Gnändiger und seiner Ehefrau Anna Gnändiger, geb. Kaczmarek, geboren.

Nach sechs Volksschuljahren besuchte ich das Allgemeinbildende Lyzeum in Krzepice, wo ich am 4. Juni 1955 meine Reifeprüfung ablegte.

Im Wintersemester 1955/56 begann ich nach bestandener Aufnahmeprüfung mit dem Studium der Zahnmedizin an der Medizinischen Akademie in Rokitnica Bytomska.

Im Rahmen der Familienzusammenführung zogen wir am 9. August 1957 zu meinem Vater nach Wiesbaden-Biebrich um.

Am 26. August 1957 verstarb mein Vater.

Mit Beginn des Wintersemesters 1957/58 setzte ich das Studium der Zahnmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main fort. Nach bestandener zahnärztlicher Vorprüfung (Physikum) am 3. März 1959 und nach fünfsemestrigem klinischem Studium legte ich am 12. März 1962 mein Staatsexamen als Zahnärztin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt a.M. ab.

In der Zeit vom 1. Juni 1962 bis 30. Juni 1964 arbeitete ich als Assistentin an der Zahnklinik der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Mainz und bei Zahnarzt Hans Kuhl in Wiesbaden, Schwalbacherstr. 52.

